CONCOURS D'AGRÉGATION D'OBSTÉTRIQUE
(1930)

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur J. GAUCHERAND



LYON
SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY
4, RUE GENTIL, 4
1930

Travaux en voie d'impression

1° Publications dans les Sociétés savantes à partir de 1930

2° Etude critique sur le procédé radiopelvimétrique de Fabre

I

TITRES ET FONCTIONS UNIVERSITAIRES

Docteur en Médecine (Lyon, 1916).

Moniteur de Clinique obstétricale (1921-1922, 1922-1923, 1923-1924 1924-1925).

Chef de Clinique obstétricale (1925-1926, 1926-1927, 1927-1928).

Chef du Laboratoire de la Clinique obstétricale (en fonctions depuis le 1er novembre 1928).

Admissible aux Epreuves du premier degré de l'Agrégation des Facultés de Médecine (Section d'Obstétrique, janvier 1925).

II

TITRES HOSPITALIERS

- Externe des Hôpitaux de Lyon (1909).
- Interne des Hôpitaux de Lyon (1919).
- Accoucheur, chargé du Service de garde et des Suppléances dans les Hôpitaux de Lyon (Admissibilité aux Concours d'Accoucheur des Hôpitaux, de mai 1924 et avril 1927).
- Accoucheur des Hôpitaux de Lyon (Concours de juin 1932)

III

ENSEIGNEMENT

Travaux pratiques d'Obstétrique a la Clinique obstétricale (1921 à 1925).

Propédeutique clinique a la Clinique obstétricale (1925 à 1928).

Cours complémentaire aux élèves Sages-Femmes internes de la Maternité de la Charité (1925 à 1928).

Cours d'Accouchement aux élèves Sages-Femmes de la Clinique obstétricale (1921 à 1928).

Conférences d'Anatomie obstétricale, normale et pathologique au Laboratoire de la Clinique (depuis 1928).

Leçons de Perfectionnement obstétrical destinées aux Sages-Femmes de la région lyonnaise (depuis 1925).

Cours de Puériculture aux élèves de l'Union des Femmes françaises (depuis 1926).

IV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon (depuis 1923, Secrétaire des séances de 1925 à 1928).

Membre de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française.

V

ŒUVRES D'ASSISTANCE

Médecin consultant de l'Œuvre Lyonnaise des « Gouttes de Lait » depuis 1922.

Accoucheur consultant du Comité commun pour l'Hygiène de l'Enfance (consultations prénatales) depuis 1925.

VI

TITRES ET SERVICES MILITAIRES

Médecin Lieutenant de réserve.

Mobilisé du 2 aout 1914 au 17 juin 1919.

Croix de Guerre (Ordre du 22e Régiment d'infanterie, octobre 1914).

LISTE DES TRAVAUX ET DES PUBLICATIONS

1916.

1. **De la résection de la hanche par la voie antérieure en chirurgie de guerre** (*Thèse Lyon*, 1916).

1920.

2. **Complications éloignées et graves du rétrécissement urétral.** En collaboration avec M. Gayet (*Société des Sciences médicales*, 14 avril 1920).

3. **Volumineuse hydronéphrose probablement d'origine traumatique.** En collaboration avec M. Gayet (*Société des Sciences médicales*, 28 avril 1920).

4. **Un cas de tachycardie paroxystique dans les suites de couches.** En collaboration avec M. Fabre (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1920, p. 549).

1921.

5. **Mort subite par embolie au cours du travail.** En collaboration avec M. Plauchu (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1921, p. 644).

6. **Présentation de coupes microscopiques d'une ulcération gastrique congénitale.** En collaboration avec M. Commandeur (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1921, p. 666).

7. **Contribution à l'étude de la tachycardie paroxystique au cours de la grossesse et des suites de couches** (Contribution à la thèse de Maritoux, Lyon, 1921).

1922.

8. **Septicémie puerpérale grave. Guérison avec abcès de fixation. Suppuration spontanée au niveau d'une injection sous-cutanée thérapeutique.** En collaboration avec M. Commandeur (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1922, p. 267).

9. **Un cas de méningite tuberculeuse à la fin de la grossesse.** En collaboration avec M. Commandeur (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1922, p. 377).

10. **Un cas de grossesse interstitielle rompue.** En collaboration avec M. Rhenter (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, juin 1922).

1923.

11. **Un cas de granulie dans le post-abortum** (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1923, p. 139).

12. **A propos d'un cas d'hydramnios aiguë.** En collaboration avec M Cotte (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1923, p. 126).

13 **Dilatation des bronches et allaitement** (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1923, p. 557).

1924.

14. **Phlébite du membre supérieur droit au cours d'une streptococchémie post-abortum.** En collaboration avec M. Banssillon (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1924, p. 152).

15. **Abcès amicrobien du sein pendant la grossesse.** En collaboration avec M. Banssillon (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1924, p. 272).

16. **Expulsion spontanée d'un fibrome sphacélé pendant les suites de couches.** En collaboration avec M. Banssillon (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1924, p. 465).

17. **Shock obstétrical consécutif à un curage digital dans les suites de couches** (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1924, p, 655).

1925.

18. **Bassin vicié par pied bot unilatéral** (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1925, p. 76).

19. **Bartholinite et grossesse.** En collaboration avec M. Commandeur (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1925, p. 174).

20. **Présentation d'une pièce d'hematoma sub-choriale tuberosum** (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1925, p. 308).

21. **Appendicite et grossesse.** En collaboration avec M. Puig (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris,* 1925, p. 728).

1926.

22. **Deux cas d'hydramnios avec anencéphalie.** En collaboration avec M. Eparvier (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1926, p. 62).

23. **Phlébite post-traumatique de la grossesse** (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1926, p. 66).

24 **Le traitement de l'infection puerpérale par le sulfate de cuivre ammoniacal en injections intraveineuses** (Contribution à la thèse de Guillamet, Lyon, 1926).

25. **Les scolioses basses à convexité gauche au point de vue obstétrical** *(Mémoire présenté pour l'agrégation d'obstétrique*, session de 1926).

26. **Des faux bassins de Nægele ou bassins pseudo-obliques ovalaires** (Contribution à la thèse d'Yves, Lyon, 1926).

27. **Prophylaxie et traitement des infections cutanées du nourrisson par la formadermine** (Contribution à la thèse de Chterich, doct. univ. Lyon, 1926).

28. **Hémorragies de la grossesse et du travail** *(Bulletin corporatif des sages-femmes du Rhône*, octobre 1926).

1927.

29. **Diaphragme vaginal et grossesse** (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris,* 1927, p. 72).

30. **Malformations fœtales par brides et replis amniotiques** (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1927, p. 73).

31. **Hémorragie méningée du nouveau-né après accouchement spontané dans un bassin rétréci.** En collaboration avec M. Trillat (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1927, p. 268).

32. **Anencéphalie et syphilis.** En collaboration avec M. Trillat (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1927, p. 269).

33. **Mort du fœtus par torsion exagérée du cordon; rétention prolongée** (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1927, p. 391).

34. **Contribution à l'étude de la bartholinite dans ses rapports avec l'état puerpéral** (Contribution à la thèse de Dassonville, Lyon, 1927.

1928.

35. **Méningite à bacilles pyocyaniques chez un nouveau-né.** En collaboration avec M. Pigeaud, (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1928, p. 74).

36. **Hémorragies de la délivrance** *(Bulletin corporatif des sages-femmes du Rhône*, juillet 1928).

37. **Anémie grave de la grossesse. Guérison.** En collaboration avec M. Pigeaud (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1928, p. 253).

38. **Hydramnios aiguë et diabète.** En collaboration avec M. Voron (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1928, p. 584).

39. **Mort habituelle du fœtus ; accouchement prématuré provoqué ; enfant vivant** (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1928, p. 872).

40. **Le développement des prématurés dans les services hospitaliers d'obstétrique pendant les deux premières semaines** (Contribution à la thèse de Kolocotronis, Lyon, 1928).

41. **Contribution à l'étude de la rupture prématurée des membranes dans les trois derniers mois de la grossesse avec accouchement différé** (Contribution à la thèse de Chaffardon, Lyon, 1928).

42. **Contribution à l'étude du traitement des anémies graves de la grossesse** (Contribution à la thèse de Reboud, Lyon, 1928).

1929.

43. **Présentation d'un utérus après opérations césariennes multiples** (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1929, p. 228).

44. **Hémopéricarde consécutif à une injection d'adrénaline intra-cardiaque chez un nouveau-né.** En collaboration avec MM. Voron et Chavent (Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1929, p. 563).

45. **Contribution à l'étude de la rachi-anesthésie dans la pratique obstétricale** (Contribution à la thèse de Chavent, Lyon, 1929).

46. **Des omphalorragies graves tardives chez le nouveau-né** (Contribution à la thèse de Savy, Lyon, 1929).

47. **L'albuminurie de la grossesse et son traitement** (*Bulletin corporatif des sages-femmes du Rhône*, juin 1929).

1930.

48. **Présentation d'un fœtus achondroplase** *(Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon*, février 1930).

49. **Trois applications de forceps sur le siège engagé.** En collaboration avec M. Brochier *(Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon*, 7 avril 1930).

50. **Dystocie grave par diaphragme vaginal méconnu. Infection amniotique. Mort de l'enfant** *(Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon*, 7 avril 1930).

51. **Des applications de forceps dans les présentations du siège.** En collaboration avec M. Brochier *(Lyon Médical*, avril 1930).

52. **Des applications de forceps sur le siège et la tête dernière** (Contribution à la thèse de Gourry, Lyon, 1930, en cours d'impression).

53. **Maladie du cœur dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement** *(Bulletin corporatif des Sages-Femmes du Rhône*, mai 1930, en cours d'impression).

54. **Recherches sur l'état physico-chimique des protéines dans le sang de la femme enceinte normale et pathologique.** En collaboration avec M. Chevallier *(Société de biologie de Lyon*, 28 avril 1930.

BIOLOGIE DE LA GESTATION

Recherches sur l'état physico-chimique des protéines dans le sang de la femme enceinte normale et pathologique (54).

Le sérum sanguin, milieu intérieur de l'être vivant qui tend à maintenir ses éléments constitutifs dans un équilibre constant, doit néanmoins refléter les modifications profondes qu'est appelé à subir l'organisme dont il dépend.

La greffe de l'œuf retentit inévitablement sur l'équilibre humoral de la femme, aussi nous sommes-nous proposé de rechercher quelles transformations la gestation doit apporter à certaines propriétés physiques du sérum sanguin.

L'idée qui nous a guidés dans notre entreprise n'a pas été de vérifier une hypothèse quelconque ni d'établir les éléments d'un diagnostic biologique de la gestation. Nous avons voulu, en nous adressant aux propriétés physico-chimiques du sérum, propriétés qu'il est possible de préciser d'une façon rigoureusement exacte, rechercher si la gestation y apportait des modifications *constantes.*

Pour cela, nous avons examiné le sang de *quarante* femmes enceintes aux divers âges de la grossesse et nous avons mesuré dans le sérum l'indice de réfraction et la viscosité.

Signification biologique de la viscosité et de l'indice de réfraction d'un sérum.

Si, à un liquide contenant une petite quantité de sels dissous dans une proportion sensiblement constante, on adjoint une

quantité beaucoup plus considérable de molécules qui ont une grosse influence sur la vitesse de la lumière, les protéines par exemple, il est logique de penser que les variations quantitatives de cette masse protéique seront enregistrées fidèlement par des variations correspondantes de l'indice de réfraction du liquide.

C'est le principe de la méthode de Reiss qui permet de déterminer le taux des albumines du sérum sanguin en mesurant son indice de réfraction. Elle est utilisée très couramment en Allemagne et, bien que certaines critiques lui aient été adressées en ce qui concerne notamment sa légère imprécision lorsque la teneur du sérum en lipides est très nettement augmentée, nous avons cru bon de l'employer en considération du *sens* de l'erreur à laquelle elle peut prêter.

En effet, les analyses chimiques du sérum sanguin, au cours de la gestation, ayant montré d'une façon constante une légère augmentation du taux des lipides, la valeur de l'indice de réfraction traduira par surcroît cette dernière influence. Par conséquent, nos chiffres auront une légère tendance à être plus élevés que l'analyse chimique du sérum le ferait pressentir. Nous reviendrons sur ce point dans un instant.

Les travaux de Reiss ont permis d'établir une courbe qui donne *la teneur en albumines d'un sérum en fonction de la valeur de son indice de réfraction à 17 degrés*. C'est à cette méthode que nous nous sommes adressés.

Connaissant la teneur d'un sérum en protéines on peut, au moyen d'une autre mesure physique, *la viscosité*, pénétrer d'une manière plus intime dans la constitution physico-chimique du milieu.

Il ne s'agit point ici de mesurer la viscosité du sang total comme un grand nombre d'auteurs l'ont fait. La viscosité du sang total qui est quatre ou cinq fois plus grande que celle de l'eau distillée dépend, pour une grande part, de la présence des éléments figurés. La preuve en est que le sérum sanguin normal possède une viscosité qui n'est qu'une fois et demie plus élevée que celle de l'eau distillée.

Il est sans doute intéressant d'être renseigné sur le degré de viscosité du sang total qui conditionne la mécanique circulatoire

et retentit sur la pression artérielle (Pellissier, thèse Paris, 1913). Notre but est tout autre.

Laissant de côté les phénomènes circulatoires, nous nous sommes exclusivement attachés à l'étude de *l'état physique* des protéines du sérum.

Or, cet état physique est indiqué d'une manière rigoureuse par ce que l'on a appelé *la mesure de frottement d'un liquide ou sa viscosité*. Lorsque ce liquide renferme un nombre déterminé de molécules, *la viscosité est fonction du diamètre de celles-ci*. Plus ce diamètre est considérable, plus le frottement intérieur est élevé. Or les molécules de protéines, ainsi que les travaux de Lœb l'ont définitivement établi, n'ont pas un volume constant, mais au contraire essentiellement variable. *Ces molécules ont la propriété de se gonfler ou de s'amoindrir en retenant ou en expulsant de l'eau* suivant l'équilibre physico-chimique du milieu et notamment suivant la quantité des ions libres dans la solution.

Les Techniques.

Pour mesurer l'indice de réfraction, nous nous sommes servis du *grand réfractomètre de Féry* qui permet, à température constante, de calculer l'indice à la 4e décimale près.

La viscosité a été mesurée tantôt avec le *viscosimètre de Hess* grand modèle, qui permet d'opérer à température fixe, tantôt avec un *viscosimètre du type Oswald*.

Les chiffres que nous indiquons plus loin correspondent à la viscosité absolue des sérums examinés, multipliés par 10.000. On peut facilement passer des valeurs de viscosité absolue à celles de la viscosité relative à l'eau distillée, sachant qu'à la même température (17°) la viscosité de l'eau distillée est de 114.

Dans tous les cas le sang a été prélevé par ponction veineuse. Après coagulation naturelle, le sérum décanté et centrifugé était conservé à la glacière jusqu'au moment des recherches.

Les prélèvements ont été faits sur quarante femmes enceintes, pour la plupart normales, aux différents âges de gestation. Nous avons pu cependant effectuer nos recherches dans quelques cas de grossesses pathologiques ou compliquées que nous avons classés à part.

Les Mesures.

Tableau n° 1

Mesures, a la température de 17°, de la viscosité et de l'indice de réfraction du sérum sanguin pendant la gestation

N° des observat.	Viscosité $n \times 10^4$ à 17°	Indice de réfraction à 17°	Teneur en Albumines
1	192	1,3474	66 grammes par litre
2	206	1,3480	70 Id.
3	217	1,3482	71 Id.
4	194	1,3486	73 Id.
5	200	1,3486	73 Id.
6	207	1,3480	70 Id.
7	188	1,3489	75 Id.
8	182	1,3483	73 Id.
9	200	1,3472	65 Id.
10	240	1,3478	65 Id.
11	286	1,3504	80 Id.
12	234	1,3490	72 Id.
13	263	1,3498	77 Id.
14	206	1,3481	66 Id.
15	216	1,3492	73 Id.
16	240	1,3483	68 Id.
17	224	1,3479	66 Id.
18	233	1,3481	66,5 Id.
19	244	1,3492	74 Id.
20	244	1,3496	77 Id.
21	232	1,3489	73 Id.
22	226	1,3475	65 Id.
23	259	1,3482	68,5 Id.
24	236	1,3491	73 Id.
25	218	1,3480	66 Id.
26	208	1,3481	68 Id.
27	220	1,3482	68 Id.
28	225	1,3492	74 Id.
29	220	1,3494	69 Id.
30	220	1,3486	70 Id.
31	225	1,3492	74 Id.
32	232	1,3498	80 Id.
33	226	1,3501	80 Id.
34	206	1,3483	70 Id.
35	188	1,3475	65 Id.
36	190	1,3474	64 Id.
37	213	1,3494	75 Id.
38	208	1,3481	68 Id.
39	196	1,3473	64 Id.
40	202	1,3473	64 Id.

TABLEAU N° 2

Variations de la viscosité du sérum et de la teneur en albumines suivant l'âge de la gestation

GESTATIONS DE 1 A 6 MOIS		GESTATIONS DE 6 A 9 MOIS	
Chiffre moyen de viscosité	Chiffre moyen des albumines	Chiffre moyen de viscosité	Chiffre moyen des albumines
213	68 gr. par litre	210	71 gr. par litre
Obs. nos 1, 6, 7, 13, 16, 22, 23, 28, 35, 36, 38, 39, 40.		Obs. nos 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 37.	

TABLEAU N° 3

Variations de la viscosité du sérum et de la teneur en albumines dans certains cas de gestations pathologiques

Obs.	Toxémie gravidique (albuminurie et vomissements graves)		Hémorragies de la gestation		Anémie grave de la gestation		Tuberculose pulmonaire et gestation	
	Viscosité	Albumines	Viscosité	Albumines	Viscosité	Albumines	Viscosité	Albumines
6	»	»	»	»	»	»	207	70
13	»	»	263	77	»	»	»	»
22	»	»	226	65	»	»	»	»
23	»	»	259	68,5	»	»	»	»
26	208	68	»	»	»	»	»	»
27	220	68	»	»	»	»	»	»
36	190	64	»	»	»	»	»	»
38	»	»	»	»	208	68	»	»(
	Moyennes		Moyennes					
	206	66	249	66,8	208	68	207	70

LES RÉSULTATS.

La lecture des tableaux ci-dessus fait apparaître les résultats suivants :

1° D'une façon générale *la teneur en albumines du sérum des femmes enceintes est abaissée*. Le chiffre moyen résultant de

l'ensemble de nos mesures est de 70 grammes par litre de sérum alors que chez l'individu normal le chiffre de 75 à 80 grammes d'albumines par litre est généralement admis.

Cet abaissement est de l'ordre de 10 %.

2° Si, au lieu de faire la moyenne globale on répartit en deux catégories les résultats acquis correspondant d'une part aux gestations d'un à six mois, d'autre part à celles de six à neuf mois, on constate que *c'est dans la première catégorie (grossesses jeunes) que le taux des protéines du sérum est le plus faible.*

Dans les cas de grossesses d'un à six mois, la moyenne correspond à 68 grammes par litre de sérum. Dans les grossesses des trois derniers mois ce chiffre s'élève à 71 grammes.

3° La viscosité absolue, pour sa moyenne générale correspondant aux quarante sérums examinés, est représentée par le chiffre 211. Elle est manifestement augmentée puisqu'à la même température la viscosité d'un sérum normal n'est que de 190.

Transposés en valeurs de viscosité relative à l'eau distillée ces chiffres s'exprimeraient par 1,85 chez la femme enceinte et 1,65 chez l'individu normal.

4° Il est à remarquer que cette augmentation de la viscosité est encore plus considérable que les chiffres ne l'indiquent car, en ce qui concerne l'individu normal, ils correspondent à des sérums contenant habituellement de 75 à 80 grammes d'albumines par litre, tandis qu'au cours de la gravidité le taux moyen n'est que de 70 grammes. Par conséquent, ayant constaté une diminution du taux des protéines dans la proportion de 10 %, il serait logique de majorer nos chiffres de viscosité d'une valeur proportionnelle.

Dans ces conditions, la viscosité relative moyenne s'établirait aux environs de 2, ce qui est très éloigné du chiffre normal.

5° Cette viscosité, anormalement augmentée et qui correspond à une hydratation plus grande des protéines, est mesurée par un chiffre plus élevé dans les six premiers mois de la gravidité que dans les trois derniers mois. De même, *la viscosité du sérum s'élève dans les cas d'hémorragies au cours de la gestation.*

On assiste alors à un gonflement très marqué des albumines qui se mesure, en viscosité relative, et dans quelques cas, par le chiffre de 2,2.

Les résultats précédents, qui ne nous semblent pas entachés d'erreurs (la légère augmentation des lipides tendant au contraire à nous donner des taux d'albumines péchant par excès), montrent d'une façon suffisamment nette les modifications importantes que le développement d'un œuf fécondé apporte dans *l'hydratation du milieu intérieur*.

Ces modifications qui sont surtout marquées dans les premiers mois de la grossesse se poursuivent jusqu'au septième mois, puis tendent à se stabiliser et même à s'atténuer dans le cours des trois derniers mois de la gestation.

GESTATION NORMALE ET PATHOLOGIQUE

I. — SANG ET APPAREIL CIRCULATOIRE

Anémie grave de la grossesse. Guérison (37).

Contribution à l'étude du traitement des anémies graves de la grossesse, thèse Rebouo (42).

J'ai eu l'occasion d'observer, au cours des suites de couches, une femme, secondipare qui, après avoir accouché à huit mois et demi de grossesse d'un fœtus macéré, sans aucun incident hémorragique, présentait un état général immédiatement inquiétant avec pâleur extrême des téguments, dyspnée, œdème des membres inférieurs, albuminurie légère avec fièvre, grosse rate. Il s'agissait manifestement d'une anémie grave dont le début remontait au dernier mois de la gestation.

Hospitalisée à l'Infirmerie de la Clinique obstétricale, cette malade permit à M. Pigeaud et à moi-même de suivre attentivement l'évolution favorable d'un cas typique d'anémie grave de la grossesse.

A l'entrée on notait : pâleur cireuse très accusée sans ictère, pouls rapide au dessus de 100, léger disque d'albumine dans les urines, *rate grosse et dure débordant les fausses côtes de trois travers de doigt*.

La numération globulaire donnait les chiffres suivants :

Globules rouges	1.400.000
Globules blancs	7.000

L'examen microscopique sur lame sèche révélait l'existence d'hématies de dimensions variables avec poïkilocytose et polychromatophilie.

La formule leucocytaire était à peu près normale :

Polynucléaires	55 %
Lymphocytes	30 %
Grands mononucléaires	15 %

avec présence de nombreux myélocytes.

Valeur globulaire normale. Réaction de Wassermann négative.

Malgré le traitement institué, l'anémie s'aggravait encore dans les jours suivants, le taux des hématies tombant d'abord à 1.300.000 puis à 1.150.000 le quatrième jour. Une transfusion fut alors pratiquée après épreuve de compatibilité des deux sangs (Dr Banssillon). 250 centimètres cubes de sang furent injectés sans aucun phénomène de shock. Dans la suite le nombre des globules rouges s'éleva d'abord lentement Il était de 1.170.000 le troisième jour et atteignit le chiffre de 2.560.000 trois semaines après la transfusion, au moment du départ de la malade. Celle-ci ayant pu être de nouveau examinée cinq mois après sa sortie de l'hôpital, l'examen du sang confirmait pleinement les prévisions de guérison définitive. La numération globulaire donnait :

Globules rouges 4.200.000

sans aucune forme anormale, en particulier pas d'hématies nucléées.

L'hypertrophie de la rate persistait avec cependant une légère régression.

Ce qu'il importe de faire ressortir de cette observation, c'est tout d'abord la valeur pronostique importante de la splénomégalie qui, pour Aubertin, constitue toujours un facteur favorable et ne s'observe que dans les formes curables; en second lieu, les bons effets de la transfusion sanguine obtenus après l'échec avéré de la médication ferrugineuse et de l'opothérapie par la moelle de veau fraîche.

C'est à cette méthode de la transfusion sanguine que Reboud, dans sa thèse, donne la préférence tout en ne méconnaissant pas les résultats positifs obtenus dans d'autres cas par les divers

traitements hématogènes, employés soit isolément, soit en combinaison.

Quant à la méthode de Whipple, actuellement très en faveur, elle ne pouvait, à cette date, être jugée utilement à cause d'un recul insuffisant dans le temps.

Phlébite post-traumatique de la grossesse (23).

Les phlébites de la grossesse, si elles sont bien connues dans leurs manifestations cliniques, ne laissent pas de s'entourer d'une certaine obscurité quant aux causes qui les produisent et aux circonstances qui favorisent leur développement. Il faut certainement invoquer pour ces dernières les modifications du sang au cours de la gestation, modifications dont on ne peut à l'heure actuelle mesurer l'étendue, ni entrevoir la diversité.

Quoi qu'il en soit, à côté de l'hypercoagulabilité du sang et du ralentissement circulatoire surtout manifestes à la fin de la gestation, il faut faire intervenir un facteur occasionnel qui est habituellement représenté par le traumatisme, soit accidentel, soit opératoire.

C'était le cas pour la malade que j'ai observée, laquelle au septième mois de sa gestation, après un choc ayant porté sur le tiers supérieur de la cuisse gauche, vit se développer une phlébite totale du membre inférieur avec œdème, impotence et douleur. Malgré le repos au lit absolu, les signes locaux n'eurent aucune tendance à régresser pendant la durée de la grossesse.

Après un accouchement spontané à terme et pendant les premiers jours des suites de couches on vit rapidement disparaître l'œdème du membre inférieur en même temps que les muscles et les articulations récupéraient leur souplesse et leurs fonctions. La malade put quitter le service, complètement guérie, le treizième jour après son accouchement.

Un point important qui caractérise ces accidents phlébitiques de la grossesse, c'est *l'absence totale d'élévation thermique générale*. Ce sont essentiellement des phlébites apyrétiques. Peut-être conviendrait-il, pour désigner ces coagulations intraveineuses du membre inférieur, d'abandonner le terme de

phlébite qui contient l'idée d'une inflammation de l'endoveine et d'adopter l'appellation plus significative et plus exacte de thrombose veineuse aseptique de la gestation.

Mort subite par embolie au cours du travail (5).

Ce cas s'apparente étroitement au précédent pour mettre en cause les coagulations veineuses aseptiques dans la production de certaines embolies massives au cours de la grossesse ou du travail. Mais ici il faut faire intervenir la thrombose des veines utéro-pelviennes et spermatique interne, thrombose qui paraît bien avoir été favorisée par les hémorragies répétées et abondantes dues à une insertion vicieuse du placenta.

L'observation que j'ai présentée avec M. Plauchu concernait une grande multipare (14e geste) qui, à la fin de sa gestation, présentait un œuf volumineux, de l'œdème malléolaire et suspubien, une albuminurie légère, ces derniers troubles reconnaissant certainement une cause mécanique de compression. Tout à fait au début du travail et sans qu'aucun signe avant-coureur ait attiré l'attention, cette femme fut saisie soudainement d'une dyspnée intense avec cyanose et angoisse extrême et, au bout de quelques minutes, rendit le dernier soupir. L'enfant vivant encore à l'issue de cette scène tragique, on fit une tentative d'accouchement forcé qui dut être bientôt abandonné du fait des difficultés d'extraction et de la mort de l'enfant.

L'autopsie maternelle mit en évidence la topographie des coagulations intraveineuses du petit bassin, lesquelles, issues de la zone d'insertion placentaire se prolongeaient jusqu'à la veine spermatique interne du côté droit. D'un volume trois fois plus considérable que celui de son homologue du côté opposé, cette dernière présentait dans sa lumière un caillot long, effilé, cruosique, résistant, certainement ancien.

A l'ouverture du cœur, un caillot de même nature, probablement détaché du précédent était trouvé au niveau de l'infundibulum tricuspidien, oblitérant presque complètement l'embouchure de l'artère pulmonaire.

II. — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Un cas de grossesse interstitielle rompue (10).

L'histoire de la pièce anatomique que j'ai présentée en 1922 avec M. Rhenter et dont on voit la photographie tient en peu de mots.



Fig. 1. — Coupe frontale de l'utérus.
La cavité utérine de forme triangulaire et tapissée d'une épaisse muqueuse est nettement séparée de la cavité de l'œuf par une bande musculaire continue.

Il s'agissait d'une femme jeune qui fut admise d'urgence à la Clinique obstétricale dans un état très grave d'anémie et de shock dont elle mourut avant que toute intervention ait pu être pratiquée.

A l'autopsie, après avoir recueilli *3.000 grammes de sang* épanché dans la cavité péritonéale, on mit à jour un sac membraneux contenant un fœtus et largement rompu.

L'examen attentif de la pièce, enlevée en bloc, permit d'écarter l'hypothèse d'une rupture utérine et d'identifier une grossesse interstitielle du côté gauche.

Durcie au formol, puis sectionnée dans son plan frontal, il fut facile de mettre en évidence les particularités anatomiques de cette pièce qui caractérisent cette variété rare de grossesse extra-utérine.

On constatait en effet :

1° Une muqueuse utérine épaissie *paraissant avoir subi la transformation déciduale;*

2° L'indépendance complète entre la cavité utérine et la cavité ovulaire. *Il existait partout une bande continue de tissu musculaire séparant les deux cavités;*

3° *La verticalisation du fond utérin*, signe pathognomonique désigné également sous l'appellation de signe de Ruge-Simon.

III. HYDRAMNIOS

A propos d'un cas d'hydramnios aiguë (12).

L'intérêt de l'observation que j'ai publiée avec M. Cotte est double et je l'exposerai plus loin. La malade qui en fait l'objet fut adressée d'urgence à la Clinique gynécologique de la Charité avec le diagnostic de kyste de l'ovaire volumineux et troubles graves de compression. Les dernières règles remontaient à quatre mois et demi. L'abdomen était surdistendu par une tumeur liquide et *fluctuante* qui l'occupait entièrement en soulevant les fausses côtes et gênant considérablement le jeu du diaphragme. De fait, une dyspnée progressive et rapidement croissante avec

angoisse et agitation extrêmes réclamait d'urgence une thérapeutique de soulagement. Sous anesthésie locale et pensant qu'il s'agissait d'une ascite volumineuse on pratiqua une petite laparotomie exploratrice, de préférence à une simple ponction. La cavité péritonéale était sèche et la tumeur sous-jacente qui fut alors ponctionnée laissa s'écouler 5 litres d'un liquide franchement amniotique. On se trouvait donc en présence d'un cas d'hydramnios aiguë compliquant une grossesse de quatre mois et demi.

Restait à découvrir la cause non encore manifeste de cette hydramnios. Interrogé à ce sujet, M. le professeur Commandeur affirma l'existence à peu près certaine d'une grossesse multiple et de fait, moins de vingt-quatre heures après la ponction de l'œuf, l'expulsion spontanée de deux jumeaux univitellins vérifia cette prédiction.

Le double intérêt qui s'attache à cette histoire clinique réside d'abord dans les difficultés de diagnostic de l'hydramnios aiguë si fréquemment confondue avec le kyste de l'ovaire ou l'ascite ; ensuite dans l'existence à peu près certaine d'une grossesse gémellaire univitelline lorsque l'hydropisie aiguë de l'amnios s'est manifestée entre le quatrième et le cinquième mois d'une gestation jusque-là bien supportée.

Hydramnios aiguë et diabète (38).

Il est classique de dire et d'enseigner qu'au cours du diabète l'hydramnios évolue le plus souvent sous sa forme chronique, à marche lente. Le cas que j'ai présenté avec M. le professeur Voron doit être considéré comme une dérogation à la règle habituelle.

Une quartipare voit apparaître au huitième mois d'une grossesse jusque-là bien supportée des phénomènes insolites et inquiétants représentés par un accroissement rapide et considérable de l'abdomen, de la dyspnée, des vomissements bilieux, de l'insomnie.

Le diagnostic d'hydramnios aiguë compliquant tardivement une grossesse gémellaire probable est porté et, devant les accidents menaçants de compression, la décision est prise de

ponctionner l'œuf à travers le col. On évacue ainsi quatre litres de liquide amniotique clair. La décompression intra-utérine étant ainsi obtenue, il devient facile de s'assurer par la palpation qu'il ne s'agit pas d'une grossesse gémellaire mais d'une grossesse simple avec fœtus volumineux. L'accouchement suit de près la ponction de l'œuf. Après quelques difficultés pour le passage des épaules, on met au monde un enfant vivant de 4.530 grammes. Le placenta pèse 930 grammes.

De quelle origine relève cet œuf hydramniotique ? Après avoir éliminé la syphilis, nous avons recherché la présence du sucre dans les urines. La réaction a été nettement positive. Un examen plus complet nous a donné les résultats suivants :

Glycosurie	39 gr. 50 par litre.
Glycémie.	2 gr. 63 —
Coefficient de Maillard. . .	26,5.

Au cours des suites de couches, le taux du sucre dans le sang tomba rapidement à 1 gr. 78, tandis que le sucre urinaire n'était plus décelé que par des traces indosables.

Deux points de cette histoire clinique nous paraissent devoir attirer l'attention: 1° l'insidiosité du diabète qui se cache longtemps sous les apparences d'une santé presque parfaite ; 2° l'influence très marquée de la glycosurie sur la gestation, l'accouchement et le produit de conception.

Deux cas d'hydramnios avec anencéphalie (22).

Les deux observations que j'ai présentées avec M. Eparvier à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie concernent deux cas d'hydramnios liés à une monstruosité fœtale analogue et qu'il est intéressant, par conséquent, de rapprocher.

La première observation a trait à une tertipare chez laquelle l'hydramnios apparut au huitième mois d'une grossesse normale en apparence. L'accouchement qui eut lieu quelques jours avant le terme se termina par l'expulsion d'un anencéphale macéré, porteur de plusieurs autres monstruosités. La syphilis maternelle fut mise en évidence par l'examen sérologique du sang qui

donna une réaction de Wassermann positive et l'existence d'un fœtus macéré dans les antécédents obstétricaux.

La deuxième observation rapporte le cas d'une femme, mère de deux enfants normaux et bien portants, qui, enceinte pour la troisième fois, entra à la Clinique obstétricale aux environs du huitième mois pour hydramnios considérable et troubles de compression. Après ponction évacuatrice de l'œuf, elle accoucha très simplement d'un fœtus anencéphale vivant qui ne tarda pas à succomber. La recherche de la syphilis fut dans ce dernier cas absolument négative.

Ces faits font tout d'abord apparaître la coexistence fréquente de l'hydramnios avec l'anencéphalie. D'autre part si la syphilis, facilement démasquée dans un cas, doit être tenue responsable des accidents gravidique et fœtal, il semble bien que dans l'autre on ne puisse l'incriminer.

Je reviendrai plus loin, au chapitre de la pathologie du fœtus, sur le rôle de la syphilis dans la production des monstrnosités à propos d'une observation de *syphilis et anencéphalie*.

Considérés du point de vue de leurs causes originelles, les quatre cas d'hydramnios que je viens de rapporter apparaissent très dissemblables. C'est qu'en effet les influences étiologiques que l'on rencontre à l'origine de ces grossesses pathologiques sont très variées et parfois complexes. Grossesse gémellaire univitelline, monstruosités, syphilis et diathèses, telles sont tout à la fois les causes qui ont marqué de leur empreinte nos observations et que l'on retrouve le plus habituellement dans la production des hydropisies aiguës ou chroniques de l'amnios.

IV. — OLIGO-AMNIOS

Malformations fœtales par brides et replis amniotiques (30).

Un certain nombre de monstruosités et de malformations du fœtus paraissent bien être sous la dépendance d'une maladie de l'amnios, précoce ou tardive, dont il n'est pas toujours possible

de préciser l'origine. A côté de la syphilis, des infections et des intoxications chroniques, une place doit être réservée, semble-t-il, à l'hérédité qui répondrait de certaines malforma-



Fig. 2. — Oligo-amnios. Repli amniotique au niveau du placenta.

tions fœtales passant de mère à fille et presque toujours similaires (Brindeau).

L'amnios malade peut réagir de façon différente sur le fœtus qu'il enveloppe suivant le stade de développement de celui-ci. Les monstruosités graves sont le fait des altérations amniotiques très précoces. A une période plus avancée de la gestation, le fœtus, moins vulnérable, ne subit plus que des déformations, parfois irréparables, sous l'influence isolée ou combinée de l'oligo-amnios et des brides amniotiques.

Le cas que j'ai observé en est un exemple typique.

Une primipare de vingt-cinq ans accouche au huitième mois de sa gestation d'un enfant de 2.400 grammes.

Au cours du travail, les particularités suivantes ont été notées: utérus étroit et cylindrique ; palpation fœtale difficile ; l'ouverture de l'œuf et l'expulsion de l'enfant ont entraîné l'écoulement d'une quantité insignifiante de liquide amniotique.

L'enfant, vigoureux, porte des traces nombreuses de compression et de striction. La tête est inclinée fortement et en permanence sur l'épaule droite avec un aplatissement marqué de toute la moitié gauche de la voûte crânienne. A la partie inférieure du bras droit s'aperçoit un sillon circulaire de striction surtout marqué à la face interne, véritable ébauche d'amputation. Une bride amniotique adhère à l'extrémité de l'index de la main droite, laquelle est bote et présente une syndactylie des trois doigts médians.

L'examen du placenta montre un repli en forme de nid de pigeon autour de l'insertion du cordon ; un autre repli plus court, falciforme et tranchant relie le premier à la tige funiculaire de laquelle se détachent quelques filaments amniotiques.

Malgré ces déformations, l'enfant, vigoureux, s'est très bien développé.

V. — RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES DE L'ŒUF

Contribution à l'étude de la rupture prématurée des membranes dans les trois derniers mois de la grossesse avec accouchement différé, thèse CHAFFARDON (41).

J'ai recherché et étudié parmi les observations de la Clinique obstétricale les cas, d'ailleurs rares, dans lesquels la rupture spontanée des membranes au cours des trois derniers mois de la gestation n'a pas semblé modifier le cours de celle-ci pendant les semaines qui ont suivi.

Ces observations sont consignées dans la thèse de Chaffardon (Lyon, 1928).

Dans les trois cas publiés, l'accouchement eut lieu respectivement 23 jours, 29 jours, 50 jours après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux. On peut rapprocher de celles-ci l'observation publiée en 1906 par M. Voron dans laquelle l'ouverture de l'œuf précéda de 35 jours l'expulsion de l'enfant.

Malgré l'écoulement permanent des eaux, il est très remarquable d'observer avec quelle rapidité la cavité amniotique reconstitue le liquide perdu. Cette fuite continue de l'eau amniotique protège la cavité ovulaire contre l'ascension des germes et l'apparition d'une infection amniotique. De fait, grâce au repos complet au lit observé par nos malades depuis la rupture accidentelle des membranes jusqu'au travail, grâce aussi à l'absence d'exploration vaginale et aux soins minutieux d'asepsie vulvaire, aucune élévation thermique n'est venue traduire l'entrée en scène d'une infection soit ovulaire, soit puerpérale.

VI. — RÉTENTION PROLONGÉE DE L'ŒUF MORT IN UTERO

Présentation d'une pièce d'hematoma sub-choriale tuberosum (20).

La rétention d'un œuf mort dans les premières semaines s'accompagne de modifications profondes du placenta dont une des plus curieuses est la formation de l'hematoma sub-choriale tuberosum. Ce sont de petites tumeurs hématiques, plus ou moins pédiculées suivant la durée de la rétention, que Budin a bien décrites en 1892 à la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris à propos d'une pièce analogue offrant de très nombreuses saillies polypiformes sous-choriales.

La pièce que j'ai présentée correspondait à un œuf mort au troisieme mois sans trace d'embryon. Au-dessus du chorion se voyaient de petites boursouflures noirâtres représentant, à leur stade initial, de petits hématomes en voie de constitution.

Mort du fœtus par torsion exagérée du cordon. Rétention prolongée (33).

La pièce que représente la photographie ci-dessous est celle d'un œuf mort au quatrième mois de la gestation et retenu jus-



Fig. 3. — Torsion exagérée du cordon limitée aux deux extrémités de la tige funiculaire. Rétention prolongée de l'œuf mort.

qu'au huitième mois dans la cavité utérine. L'intérêt de cette observation ne réside pas seulement dans la durée de la rétention mais dans la cause qui a déterminé la mort du fœtus. L'examen de la pièce faisait apparaître l'existence de deux zones de

torsion exagérée du cordon, aux deux extrémités de la tige funiculaire. A ce niveau on distinguait trois à quatre spires très serrées qui réduisaient le calibre du cordon à celui d'une cordelette.

Bien qu'on n'ait pu vérifier l'oblitération des vaisseaux, il n'est pas douteux que cette anomalie du cordon est responsable de l'interruption de la grossesse chez une femme exempte de toute tare pathologique ancienne ou récente.

VII. — INFECTIONS DIVERSES COMPLIQUANT LA GESTATION

Bartholinite et grossesse (19).

Contribution à l'étude de la bartholinite dans ses rapports avec l'état puerpéral, thèse DASSONVILLE, Lyon 1927 (34).

En juillet 1923, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, MM. Anderodias et Balard présentaient deux cas de collection vulvo-vaginale suppurée compliquant la grossesse et l'accouchement.

Le premier cas concernait une primipare, enceinte de huit mois, porteur d'une bartholinite gauche suppurée du volume d'un œuf de pigeon. L'extirpation large du kyste fut pratiquée et, trois jours après, le travail se déclarait avant le terme. L'accouchement se termina après cinq heures de douleurs par une application très simple de forceps pour souffrance de l'enfant. Le soir même une infection brutale se déclarait qui entraînait la mort, au cinquième jour, par péritonite.

Le deuxième cas avait trait à une gestante au voisinage du terme, atteinte d'un kyste suppuré de la paroi antérieure du vagin, au ras de l'hymen. Aucune intervention ne fut pratiquée. Une température de 38°8 fut notée durant les trois jours qui précédèrent l'accouchement. Celui-ci se termina par une application de forceps au détroit inférieur au cours de laquelle la collection purulente se vida, par un pertuis, au passage de la tête. Le

deuxième jour une infection légère céda rapidement devant un traitement rapide et énergique (sérum antistrepto et staphylococcique, abcès de fixation).

De ces deux évolutions cliniques, si contraires dans les moyens employés et si opposées dans les résultats, ne découlait aucune ligne de conduite satisfaisante Fallait-il opérer systématiquement toute bartholinite suppurée au cours de la grossesse ou, au contraire, devait-on adopter l'expectative pure et simple?

Pour le Professeur Lefour, les interventions opératoires sur la région vulvo-vaginale devaient presque fatalement déclancher le travail et interrompre la grossesse. Dès lors, les risques de contamination de l'utérus après l'accouchement demeuraient aussi grands, sinon plus grands encore que dans l'abstention.

D'autre part, l'éclatement de l'abcès, livré à lui-même, sous la pression de la tête fœtale, au dégagement, exposait les voies génitales à une inoculation qui pouvait être massive et paraissait inévitable.

En conséquence, les auteurs bordelais se demandaient si, dans ces cas d'infection vulvo-vaginale évoluant avec la gestation, l'accouchement par la voie haute ne devait pas constituer la méthode la plus sûre et finalement la thérapeutique de choix.

Ne voulant pas, toutefois, tirer des conclusions trop hâtives de l'examen de deux cas isolés, MM. Anderodias et Balard incitaient leurs collègues des autres Sociétés d'Obstétrique et de Gynécologie à réunir leurs observations personnelles sur ce sujet, afin d'en dégager une ligne de conduite rationnelle et des méthodes éprouvées.

J'ai pu, en l'espace de quelques mois, réunir et observer cinq cas de bartholinite et grossesse à la Clinique obstétricale. M. le professeur Commandeur a bien voulu y adjoindre dix observations analogues recueillies par lui à la Maternité de la Charité, de 1907 à 1918. Nos conclusions reposent donc sur l'étude de quinze observations de bartholinites ayant évolué au cours de l'état puerpéral.

Tout d'abord les abcès bartholiniens qui ont dû être opérés l'ont été par des méthodes simples : incision de la poche, drainage par mèche avec ou sans cautérisation par la teinture d'iode ou l'acide chromique En aucun cas, l'extirpation de la glande

n'a été pratiquée et cela pour deux raisons : 1° pour réduire au minimum le traumatisme opératoire susceptible d'éveiller des contractions utérines et d'interrompre la grossesse ; 2° pour éviter le danger réel d'une hémorragie abondante dans une région turgescente, presque érectile, où l'hémostase est difficile à pratiquer lorsqu'on opère au voisinage du terme.

Il résulte de la lecture de ces observations que, sur 15 cas, 9 fois l'incision et le drainage de la poche ont été pratiqués, 3 fois la rupture s'est faite spontanément au cours du dégagement et 3 fois l'abstention pure et simple a été observée, la lésion n'ayant paru justiciable que d'un traitement médical.

Les interventions ont été pratiquées :

3 fois au 4e mois de la gestation ;
1 fois au 7e mois ;
3 fois au 8e mois ;
1 fois au 9e mois;
1 fois dans le post-partum immédiat.

L'avortement ni l'accouchement prématuré ne se sont produits à la suite de l'intervention opératoire.

Quant aux accidents infectieux, ils ont été réduits à deux cas légers d'endométrite puerpérale rapidement guéris.

Il nous paraît maintenant démontré que les interventions sur la glande de Bartholin, si on les limite à l'incision simple sans manœuvres complexes de destruction ou d'extirpation de la glande, n'exposent pas au déclanchement de la contraction utérine du travail. Une seule fois ce dernier s'est déclaré le jour même de l'opération chez une malade qui, d'après ses règles, était au voisinage du terme.

D'autre part, malgré les dangers d'infection créés par la suppuration de la glande de Bartholin au moment de l'accouchement, les accidents infectieux ne semblent pas se réaliser fréquemment puisque nous n'avons pas observé une seule infection sérieuse. Il est vrai que dans aucun de nos cas on n'a dû faire d'extraction artificielle ni de manœuvres intra-vaginales. Celles-ci aggraveraient sans doute les risques d'infection, mais il semble toutefois possible, avec quelques précautions, de diminuer ces risques dans de grandes proportions.

Appendicite et grossesse (21).

Les statistiques récentes ne paraissent pas accorder à la grossesse un rôle prédisposant très marqué dans l'éclosion des manifestations appendiculaires lorsqu'aucun antécédent de cet ordre n'est inscrit dans le passé, avant la gravidité. Il n'en est pas moins certain que la coexistence de ces deux états crée parfois des situations d'autant plus graves que le diagnostic d'appendicite, en présence d'une grossesse, est parfois difficile à porter.

En 1924, j'ai publié avec M. Pigeaud un cas d'appendicite gangréneuse rétro-cœcale, méconnue, avec abcès du foie.

L'observation suivante rapporte également un cas malheureux. Il s'agissait d'une femme jeune, enceinte de six mois, qui fut observée à l'Infirmerie de la Clinique, dans le service du professeur Commandeur, pour des vomissements fréquents avec fièvre légère, sans aucune atteinte de l'état général.

Deux jours après, alors que le diagnostic de cholécystite simple avait été porté, cette malade accoucha prématurément, à six mois, d'un enfant de 1.300 grammes qui ne vécut pas. L'état de la malade s'aggrava soudainement et profondément dans les suites de couches. Malgré une intervention chirurgicale qui fut limitée à l'aspiration et au drainage d'un volumineux abcès, la malade mourut.

A l'autopsie, après avoir constaté une péritonite purulente diffuse, on retrouva l'appendice rétro-cœcal complètement gangrené et sectionné à sa racine.

Cette histoire confirme malheureusement les idées classiques, à savoir que l'appendicite n'affecte pas chez la femme enceinte une physionomie toujours révélatrice ni toujours identique ce qui peut la faire méconnaître ; qu'elle provoque l'avortement dans la plupart des cas et qu'enfin elle revêt une gravité telle que la conduite à tenir, qui doit s'imposer dans tous les cas, est l'intervention chirurgicale pratiquée aussi précocement que possible, même dans les formes qui paraissent les plus bénignes au début.

DÉLIVRANCE ET SUITES DE COUCHES

I. — SUITES DE COUCHES APYRÉTIQUES

Un cas de tachycardie paroxystique dans les suites de couches (4).

Contribution à l'étude de la tachycardie paroxystique au cours de la grossesse et des suites de couches, thèse Maritoux (7).

Une primipare, jeune, accouche spontanément et rapidement d'un gros enfant. Les suites de couches sont excellentes. Le sixième jour, éclate une crise de tachycardie avec angoisse et signes subjectifs impressionnants. Le pouls bat à 200 et plus à la minute. On ne relève aucun signe de fatigue ou de dilatation cardiaques. Pour mettre fin à cet accès de tachycardie qui s'avère nettement paroxystique, on essaie d'abord sans succès la compression des globes oculaires et du pneumogastrique au cou puis on provoque le vomissement par l'administration d'ipéca et d'émétique. Brusquement le rythme cardiaque tombe aux environs de 80 pulsations à la minute et s'y maintient définitivement. Le cœur est normal et la culture des lochies complètement négative. La température qui s'était élevée à 38 degrés au moment de l'accès ne dépasse pas 37°6 par la suite.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que l'accès de tachycardie paroxystique s'est déroulé dans le cadre d'un post-partum aseptique. D'après les cas analogues qui ont été publiés, il semble que la crise de tachycardie paroxystique soit le plus souvent liée à une infection puerpérale légère ou quelquefois septicémique (cas de Gonnet et Bouget).

Quelle explication donner de cet épisode exclusivement car-

diaque du post-partum sur lequel les traités de Vinay, Bar, von Winckel, sont muets? Faut-il songer à une influence toxique portant sur le système nerveux cardiaque, d'origine puerpérale, par un processus analogue à celui qui est invoqué dans certains cas de psychoses puerpérales? Doit-on admettre, au contraire, l'hypothèse d'un simple réflexe utéro-ovarien ou même celle, plus générale, d'un état névropathique indépendant de la puerpéralité? Il est difficile de conclure.

Shock obstétrical consécutif à un curage digital dans les suites de couches (17).

A l'époque où cette observation fut publiée (1924) les hémorragies tardives du post-partum étaient généralement considérées comme relevant d'une rétention placentaire d'où la thérapeutique classique, qui s'imposait dans ces cas, de la revision utérine dont l'opportunité n'était presque jamais contestée. Ce cas de shock obstétrical consécutif à un curage dans les suites de couches nous intéresse bien plus aujourd'hui par l'hémorragie tardive, abondante et répétée qui a fourni l'indication de l'exploration intra-utérine au 9e jour d'un post-partum aseptique.

Une secondipare de 29 ans accouche normalement à terme d'un enfant de 3.580 grammes. Délivrance par simple expression, 50 minutes après : point de rupture des membranes à 6 centimètres du bord; cotylédons et membranes intacts. Les suites de couches se déroulent d'une façon tout à fait normale et sans élévation thermique lorsque le soir du 9e jour la convalescente fait une poussée de fièvre à 37°8 et se met à *perdre soudainement du sang en caillots*. On administre une injection chaude, mais, l'hémorragie s'étant reproduite peu de temps après et plus abondante, la revision utérine devient nécessaire. Pratiquée séance tenante, elle permet de ramener quelques débris peu volumineux qui paraissent d'origine placentaire.

Une heure après l'intervention, la malade pâlit soudainement et perd connaissance. Le pouls est petit, misérable, les lèvres décolorées; l'altération des traits est impressionnante. Ce qui nous frappe c'est la dissociation de rythme entre le cœur et le pouls. Alors que ce dernier est sans pression et presque incomp-

table, l'auscultation du cœur fait entendre des bruits réguliers, de fréquence sensiblement normale et bien frappés. Il s'agit bien d'un état de shock obstétrical dont la réalité est encore affirmée par la perception d'un utérus petit et dur et l'absence de toute hémorragie.

L'état lypothymique persiste durant 4 heures avec des alternatives de renforcement et de fléchissement du pouls puis, sans que la thérapeutique ait paru jouer un rôle important, le spasme vasculaire cède brusquement et tout rentre dans l'ordre.

La température se maintient pendant 6 jours autour de 38 degrés, puis l'apyrexie est définitive et la malade quitte le service 10 jours après l'accident hémorragique.

L'observation précédente semble bien devoir être interprétée comme un cas d'hémorragie tardive du post-partum liée à une rétention placentaire. L'apyrexie des suites de couches immédiates, la guérison rapide, après l'incident de shock, obtenue par l'enlèvement de petits débris intra-utérins paraissent confirmer cette manière de voir. Quoi qu'il en soit, l'observation de cette malade mérite d'être versée au débat que les communications importantes de Couvelaire, Lévy-Solal et Ravina, Brindeau, Devé, Delestre, Desnoyers, à Paris, Voron, Trillat et Eparvier, à Lyon, ont successivement enrichi.

II. — SUITES DE COUCHES FÉBRILES

Expulsion spontanée d'un fibrome sphacélé dans les suites de couches (16).

L'observation que j'ai rapportée avec M. Banssillon traduit l'évolution curieuse et inattendue d'un fibrome au cours des suites de couches et présente, entre autres particularités, celle de la rareté.

Une secondipare, exempte de tout antécédent pathologique, accouche d'un fœtus macéré de 1700 grammes en présentation transversale. Dès le lendemain, la température s'élève à 38 degrés le matin, 39°5 le soir, pour se maintenir à ce niveau les jours suivants.

L'utérus est gros, le col ouvert, les lochies extrêmement abondantes et fétides. Il y a discordance entre l'état général relativement bon et l'état local qui paraît sérieux. On perçoit, le neuvième jour, au niveau de la paroi antérieure de l'utérus une masse sessile, dure, arrondie de 5 à 6 centimètres de diamètre qui apparaît à l'examen pour la première fois et qui est manifestement un fibrome en voie de sphacèle. La fièvre persistant, les écoulements vaginaux restant abondants et putrides, un léger ballonnement abdominal étant apparu, l'indication d'une hystérectomie est soulevée puis abandonnée.

Quelques jours après, éprouvant le besoin d'aller à la selle, la malade expulse par le vagin une masse charnue, grisâtre, d'une odeur infecte, ayant le volume du poing et pesant 200 grammes.

Après cette énucléation spontanée d'un gros fibrome sous-muqueux, méconnu pendant longtemps et responsable des accidents obstétricaux et puerpéraux, la malade put se rétablir complètement et sans autre incident.

Phlébite du membre supérieur droit au cours d'une streptococchémie post-abortive (14).

A la suite d'un avortement au troisième mois ayant nécessité un tamponnement prolongé, une femme entre à l'infirmerie de la Clinique obstétricale avec les signes d'une infection extrêmement grave. Dyspnée, frissons, température autour de 40 degrés sans rémission, pouls à 120 sont notés à l'entrée. Le membre inférieur droit est le siège d'une phlébite totale avec œdème remontant au-dessus de l'arcade crurale. Il n'y a pas de réaction péritonéale franche. La rate n'est pas perçue.

Rapidement le membre supérieur droit devient le siège d'une impotence fonctionnelle absolue; il est collé au corps, l'avant-bras à angle droit sur le bras, la main en demi-pronation. Les téguments sont infiltrés d'un œdème dur et douloureux.

Une hémoculture révèle, en vingt-quatre heures, la présence du streptocoque qui, repiqué sur gélose au sang, fournit de très nombreuses colonies de *streptocoque hémolytique*.

La malade succombe après quarante-huit heures d'hospitalisation.

A l'autopsie, on note l'existence d'une thrombo-phlébite pelvienne droite avec, en un point, un abcès péri-phlébitique de la grosseur d'une noisette. Les cavités cardiaques sont encombrées de caillots sanguins, quelques-uns résistant au lavage au niveau de la mitrale et qu'il faut enlever à la sonde cannelée.

L'examen du cerveau est négatif en ce qui concerne l'existence d'une lésion centrale de nature embolique pouvant expliquer les phénomènes paralytiques du bras droit.

Par contre la dissection du bras met en évidence des lésions très caractéristiques de phlébite et de périphlébite de la veine axillaire droite dont la lumière est, en un point, oblitérée par un caillot olivaire et adhérent.

Outre qu'une telle localisation septique dénonce une septicopyohémie mortelle à brève échéance, sa rareté est un point qui nous a frappé et sur lequel nous avons insisté.

Septicémie puerpérale grave. Guérison avec abcès de fixation. Suppuration spontanée au niveau d'une injection sous-cutanée thérapeutique (8).

Le cas que j'ai rapporté avec M. Commandeur concernait une femme atteinte de septicémie puerpérale d'une gravité telle que la terminaison fatale fut pendant longtemps à redouter.

Après des touchers multiples, cette malade, primipare en travail, entra, après quinze heures de douleurs, à la Clinique obstétricale où elle fut délivrée, à dilatation complète, par une application de forceps indiquée pour souffrance de l'enfant. Celui-ci, du poids de 3.750 grammes, ne put être ranimé.

La température, qui était de 38 degrés le soir du quatrième jour, atteignit 39°6 le matin du cinquième jour et le soir elle s'élevait jusqu'à 41 degrés. Pendant onze jours, elle se maintint en plateau autour de 40 degrés, tandis que le pouls, suivant une courbe parallèle, ayant atteint, un jour, 142 à la minute, ne descendit jamais au-dessous de 120 pulsations.

En même temps, état général très inquiétant avec frissons répétés, vomissements, agitation et *délire ambulatoire* exigeant de la part de l'entourage une surveillance très attentive. Localement : ballonnement du ventre sans épanchement péritonéal, lochies rares, béance du col.

Le douzième jour apparut une localisation broncho-pneumonique du plus fâcheux augure.

La thérapeutique toni-cardiaque et anti-infectieuse fut largement mise en œuvre sous forme d'injections de sérum, d'électrargol, de spartéine, de strychnine et d'huile camphrée. *Tous les deux jours, 1 centimètre cube d'essence de térébenthine fut méthodiquement injecté sous la peau.* Seule la troisième piqûre aboutit à la production d'un abcès de fixation, de réaction franche, qui fut ultérieurement justiciable d'une petite ponction au bistouri.

Malgré tout, l'état de la malade restait très grave et la situation apparaissait comme désespérée, lorsque, le quinzième jour, *on vit apparaître au niveau de la face externe de la cuisse gauche une tuméfaction nettement inflammatoire* à laquelle fit rapidement suite un abcès énorme compliqué d'un décollement très étendu. Cet abcès, développé au niveau d'une piqûre d'huile camphrée — ce qui indiquait son origine — fut incisé et drainé largement.

Dès l'apparition de cette suppuration inattendue se produisit une détente très nette de tous les phénomènes généraux. La température s'inclina progressivement vers la normale qu'elle atteignit le trente-troisième jour après un court stade autour de 38 degrés en rapport vraisemblablement avec la résorption des exsudats broncho-pneumoniques. Le pouls évolua parallèlement cependant que les abcès de fixation jusque-là silencieux se mirent à réagir et à se collecter.

Le retour à la santé fut complet et la malade put quitter le service le quarante-septième jour après son accouchement.

Il se dégage de cette histoire clinique un certain nombre de faits curieux et troublants touchant le pronostic et le traitement de l'infection puerpérale à forme septicémique.

Fochier avait autrefois beaucoup insisté sur la gravité particulière du délire chez les infectées et il considérait comme fatalement mortelles les formes de l'infection dans lesquelles le délire apparaissait précocement pour imprimer un cachet spécial à la maladie. L'observation précédente met bien en évidence que l'on ne peut attribuer au délire aucune valeur pronostique absolue.

Un élément favorable nous paraît être représenté par le parallélisme étroit entre la courbe du pouls et celle de la température,

compte tenu, bien entendu, de l'état du myocarde dont la résistance joue, dans l'évolution des formes prolongées, un rôle de premier plan.

Enfin, à côté de la valeur incontestable des abcès de fixation suivant la méthode de Fochier, l'observation précédente met en lumière le rôle thérapeutique inattendu et, semble-t-il, décisif que peuvent avoir des suppurations occasionnées par des injections médicamenteuses.

Le traitement de l'infection puerpérale par le sulfate de cuivre ammoniacal en injections intra-veineuses, thèse Guillamet (24).

J'ai réuni et fait publier par Guillamet dans sa thèse les observations de la Clinique obstétricale relatives au traitement de l'infection puerpérale par le sulfate de cuivre ammoniacal.

Cette thérapeutique, qui fut peut être trop vantée, a été utilisée, entre 1923 et 1926, dans le service de M. Commandeur chez un certain nombre d'infectées, soit à l'exclusion de tout autre médicament, soit en combinaison avec l'électrargol ou l'abcès de fixation.

Les résultats furent modestes; toutefois quelques succès ont paru s'inscrire à l'actif de cette méthode.

L'auteur concluait que, si le sulfate de cuivre ammoniacal n'était pas encore le médicament idéal, spécifique de l'infection puerpérale, il se montrait, du moins, aussi efficace que les autres antiseptiques employés et pouvait s'ajouter à ceux-ci, utilement, dans le traitement des formes graves de septicémie puerpérale.



Outre qu'ils diffèrent par le degré d'asymétrie toujours plus violente dans le bassin décrit par Nœgele, ils s'opposent encore et surtout par leurs caractères étiologiques. Les pseudo-obliques ovalaires reconnaissent pour causes habituelles : la sacro-coxalgie, la coxalgie, les fractures du bassin, le rachitisme, la scoliose, certaines claudications.

Dans la plupart des observations publiées dans cette thèse, j'ai relevé, à côté de la lésion originelle, l'existence d'une *scoliose lombaire* (Observation 27 *in* thèse de Husson, Nancy, 1924).

Dans une observation de bassin sacro coxalgique publiée en 1906 à la Société d'Obstétrique de Paris par MM. Brindeau et L'Hirondel et rapportée dans cette thèse, cette scoliose lombaire est notée et interprétée non comme une scoliose de compensation mais comme une courbure originelle, définitive, liée à une tuberculose vertébrale. L'examen radiographique montrait que l'affection était localisée à la III[e] et à la IV[e] lombaires, cette dernière présentant notamment une géode dans sa partie gauche et supérieure. Tout devait se passer comme dans le cas d'une scoliose congénitale par hémi-vertèbre. Il est, en tout cas, permis de penser que l'asymétrie très marquée du bassin relevait de l'influence combinée de la sacro-coxalgie et de la scoliose lombaire du côté opposé.

Bassin vicié par pied bot unilatéral (18).

Les bassins viciés par pied bot varus congénital sont bien connus et leur morphologie correspond habituellement à un type invariable. Le membre malade empêché de se fléchir dans le sens antéro-postérieur pendant la marche à cause de la position du pied en varus agit sur le bassin à la manière d'un pilon qui, à chaque appui sur le sol, tend à redresser la courbure pelvienne du même côté. Le bassin se déforme ainsi par redressement cotyloïdien du côté malade.

La gestante que j'ai observée à la clinique obstétricale présentait un pied bot varus pur *sans équinisme*, une rotation très marquée du pied en dedans avec troubles trophiques très accusés des orteils (v. fig. 17). Par suite de l'absence d'équinisme, le membre malade présentait un raccourcissement de 5 centimètres



Fig. 17. — Pied bot varus congénital, Absence d'équinisme.
Raccourcissement de 5 centimètres. Redressement cotyloïdien du côté sain.

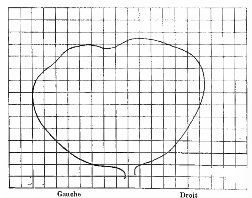


Fig. 18. — Radiogramme du détroit supérieur.
Bassin vicié par pied bot varus congénital sans équinisme
Redressement cotyloïdien du côté sain.

La claudication qui en résultait agissait de telle sorte qu'il n'y avait plus pilonnage du côté malade — comme dans les cas habituels avec équinisme — mais surcharge du côté sain avec redressement cotyloïdien correspondant.

Le radiogramme ci-contre montre bien, dans ce cas particulier, l'inversion du sens de l'asymétrie au détroit supérieur.

II. — DYSTOCIE DES PARTIES MOLLES

Diaphragme vaginal et grossesse (29).

J'ai eu l'occasion d'observer pendant sa grossesse et d'assister pour son accouchement une jeune femme de vingt-quatre ans qui m'était adressée pour brièveté du vagin, absence de col utérin et tumeur abdominale. Cette malade, habituellement bien réglée, avait une suspension de règles depuis quatre mois. Le palper permettait d'identifier la tumeur abdominale, qui n'était autre qu'une grossesse de quatre mois, avec ballottement fœtal très net. Au toucher on constatait une brièveté du vagin, dont le fond dépressible en doigt de gant n'offrait pas la saillie d'un col utérin. On ne percevait pas de culs-de-sacs vaginaux, mais, en déprimant fortement le fond du vagin, on mettait en évidence derrière la cloison l'existence d'un col utérin normal. Le diagnostic de diaphragme vaginal s'imposait.

Restait à découvrir l'orifice qui, antérieurement, laissait s'écouler le sang menstruel. Ce pertuis, qui ne dépassait pas les dimensions d'une tête d'épingle en verre, fut reconnu en haut et à gauche au niveau d'une petite boursouflure de la muqueuse.

Sur notre conseil, cette femme vint accoucher à la Clinique obstétricale. Elle entra à la salle des douleurs alors que le travail était commencé depuis trois jours. La présentation était normale, les douleurs fortes et régulières, il n'y avait pas d'ampliation du périnée.

Au toucher on sentait la tête fœtale arrêtée au détroit inférieur par la calotte tendue de la cloison vaginale dont l'orifice ne s'était nullement agrandi. Sous anesthésie générale, je pratiquai

la section du diaphragme aux ciseaux, en haut et en bas entre deux pinces. Le passage ainsi rendu libre, je trouvai le col complètement dilaté et je pus facilement extraire par le forceps un enfant vivant.

Contrairement aux faits habituellement observés, ce diaphragme vaginal, extrêmement résistant, engendrait une dystocie absolue, dont on ne pouvait triompher que par la section chirurgicale de la cloison.

Dystocie grave par diaphragme vaginal méconnu. Infection amniotique. Mort de l'enfant (50).

L'existence de la cloison transversale du vagin ne fut reconnue qu'après quatre jours de travail, lorsque la parturiente entra à la Clinique obstétricale. Il s'agissait d'une primipare de vingt-neuf ans, qui se présenta dans un état d'épuisement très marqué avec des signes nets de rétraction utérine et d'infection amniotique (temp. 39°, pouls rapide, utérus dur, sans relâchement). Cependant les bruits du cœur fœtal se percevaient encore, mais lointains et très ralentis. Le toucher digital n'ayant pas donné d'éclaircissement suffisant sur l'état du col et la présentation, je pratiquai sous anesthésie un toucher manuel profond. La présence d'un diaphragme vaginal total, mais perforé, fut facilement mise en évidence. Eclairé par deux valves, je reconnus l'obstacle qui se présentait sous la forme d'une cloison complète, charnue, avec un large orifice, perméable à deux doigts, cerclé d'un bourrelet très dur. Cette cloison s'insérait sur la partie haute du vagin. Au delà de l'orifice on percevait le col, coiffant la présentation, dilaté à une petite paume de main. Section du diaphragme entre deux pinces, en haut et en bas. Dilatation laborieuse du col, puis extraction par forceps d'un enfant de 2710 grammes, recouvert d'un sédiment jaunâtre et fétide qu'on ne put ranimer.

Pendant un septénaire, la température maternelle oscilla autour de 38°5, puis se maintint définitivement à la normale.

Un mois après l'accouchement, l'exploration de la cavité vaginale montrait la cloison reconstituée avec la trace cicatricielle des deux incisions libératrices.

Ces deux observations plaident éloquemment en faveur des idées classiques que l'on peut résumer ainsi : 1° nécessité d'une exploration vaginale au cours de toute gestation ; 2° bénignité habituelle des obstacles vaginaux par brides ou cloisons congénitales lorsque le diagnostic est porté avant l'accouchement et la libération assurée au moment opportun ; 3° gravité pour la mère et pour l'enfant, au cours de l'accouchement, des malformations vaginales méconnues ou diagnostiquées trop tardivement.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

I. — FORCEPS

Trois applications de forceps sur le siège engagé (49).

Des applications de forceps dans les présentations du siège (51).

Des applications de forceps sur le siège et la tête dernière, thèse Gourry, Lyon, 1930. (52).

Depuis l'époque lointaine (1766) où, par suite d'une erreur de diagnostic, Levret, le premier, appliqua le forceps sur le siège, de nombreuses tentatives du même ordre ont été faites, tant en France qu'à l'étranger, avec des résultats variables.

D'importants mémoires, notamment la thèse d'Olivier en 1882, consacrèrent l'opportunité d'une telle utilisation du forceps, ainsi détourné de sa destination primitive.

Suivant les époques, suivant les écoles, cette méthode, qui souleva d'ardentes polémiques, connut des fortunes très diverses. Elle n'est pas jugée actuellement, puisque des accoucheurs éminents s'inscrivent encore en nombre à peu près égal dans les deux camps opposés.

Nous n'avons pas voulu, soit dans nos publications, soit dans la thèse de Gourry, apporter une contribution à l'emploi délibéré du forceps dans les présentations du siège. Notre travail ne s'inspire pas d'un esprit de dérogation aux règles classiques.

Celles-ci ont fait leurs preuves et méritent d'être suivies dans la plupart des cas.

Nous avons voulu montrer que, dans des circonstances difficiles, d'ailleurs rares, où les manœuvres classiques d'extraction du siège et de la tête dernière ont échoué, l'utilisation du forceps, *comme instrument de nécessité ou de secours, mais non de choix*, pouvait rendre de grands services.

Après un historique de la question et l'étude de l'opinion de divers auteurs, nous avons, M. Brochier et moi, divisé notre travail en deux chapitres nettement séparés :

Les applications de forceps sur le siège ;

Les applications de forceps sur la tête dernière.

Les applications de forceps sur le siège trouvent leurs indications dans les cas de siège décompleté mode des fesses engagé dans l'excavation après échec des manœuvres classiques d'extraction. Nous les avons employées lorsqu'il a été impossible, soit :

a) d'abaisser un pied, le siège restant engagé et ne pouvant être refoulé au-dessus du détroit supérieur ;

b) d'utiliser pour l'extraction les manœuvres classiques dites des tractions inguinales, digitales ou instrumentales, demeurées sans résultat.

Dans trois cas que nous rapportons, après des tentatives loyales, mais vaines, d'extraction du siège décompleté par la méthode classique, l'application du forceps nous a donné trois succès.

Les applications du forceps sur la tête dernière ne paraissent indiquées que dans les cas désespérés où, après échec de la manœuvre de Mauriceau, la tête fœtale reste immobilisée au détroit inférieur du fait de la résistance des parties molles ou du coccyx (primipares âgées, tête fœtale volumineuse, rotation pervertie de cette dernière avec impossibilité d'atteindre la bouche pour abaisser le menton).

L'application du forceps, d'une technique extrêmement simple, donne toujours dans ces cas d'excellents résultats.

II. — HYSTÉROTOMIE

Présentation d'un utérus après opérations césariennes multiples (43).

L'observation que j'ai présentée à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon ainsi que la pièce anatomique qui s'y rapporte attirent l'attention sur deux points principaux :

1° La déficience anatomique qui frappe la paroi utérine à la suite d'hystérotomies corporéales répétées;

2° La déficience fonctionnelle qui découle de la précédente et qui peut entraîner un état d'inertie utérine post-opératoire de la plus haute gravité.

La gestante qui fait l'objet de cette observation est hospitalisée à la Clinique obstétricale pour une cinquième grossesse. Deux se sont terminées par des avortements; les deux autres ont évolué jusqu'au terme et, pour l'une comme pour l'autre, une césarienne haute, corporéale, fut pratiquée en 1924 et en 1925 à cause d'un rétrécissement du bassin (Maternité de Saint-Antoine, service du Dr Cathala).

L'examen du bassin révèle les particularités suivantes : arc antérieur redressé des deux côtés, faux promontoire sacré, promontoire vrai accessible à 9 centimètres. Bassin aplati et généralement rétréci de 7,5 de diamètre utile.

M. le professeur Voron pose l'indication d'une *césarienne basse* au début du travail, suivie d'une *stérilisation par ligature et section des trompes*.

L'opération pratiquée dès l'apparition des premières contractions du travail, la poche des eaux étant intacte, se déroule sans incident important hormis quelques troubles asphyxiques de courte durée imputables à l'anesthésie par l'éther. On note que le *péritoine qui recouvre le segment inferieur est difficilement décollable, friable et adhérant fortement en certains points au muscle sous-jacent.*

L'enfant, du poids de 2.400 grammes, extrait, la délivrance

manuelle fait reconnaître que le *placenta est inséré sur la paroi antérieure du corps utérin, en pleine zone cicatricielle.*

Suture du segment par deux plans au catgut puis, sans extérioriser l'utérus, on ligature et on sectionne les deux trompes.

L'opération terminée, le globe de sûreté étant perçu, la malade, toujours sous l'influence de l'anesthésie, est transportée dans la salle des accouchées. Elle est un peu cyanosée, ses

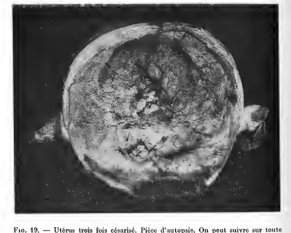


Fig. 19. — Utérus trois fois césarisé. Pièce d'autopsie. On peut suivre sur toute son étendue la cicatrice corporéale au fond d'un ravin profond et sinueux. Insertion du placenta sur cette zone amincie. En bas, suture de l'hystérotomie basse.

membres sont refroidis. Cataplasmes sinapisés, inhalations d'oxygène, draps chauds sont immédiatement mis en œuvre. On constate surtout qu'au cours du transport *une forte quantité de caillots a été expulsée hors de la vulve.* Le pouls devient imperceptible et pendant qu'on injecte ergotine, huile camphrée et sérum intra-veineux, la malade agonise et finalement succombe, sans avoir repris connaissance, trente minutes après l'intervention.

J'ai recueilli et examiné macroscopiquement cet utérus trois

fois césarisé (fig. 19). Les altérations qu'il présentait sont dignes d'être rapportées.

On constatait :

1° L'intégrité absolue des sutures de l'hystérotomie basse (il n'y avait pas de sang dans la cavité péritonéale) ;

2° Après section de haut en bas de l'utérus au niveau de sa face postérieure, la zone d'insertion placentaire se reconnaissait, en avant, *sur toute l'étendue de la cicatrice corporéale*. En un point, il existait une petite touffe de villosités adhérentes à quelques fibres musculaires, soulevées et déchirées au cours du décollement manuel ;

3° La tranche utérine, au niveau de la bande cicatricielle, était réduite à 3 ou 4 millimètres d'épaisseur. La ligne de suture apparaissait, du côté péritonéal sous la forme d'un cordon blanchâtre, irrégulier, sous une séreuse épaissie et adhérente. Vue par sa face cavitaire, on pouvait la suivre *au fond d'un ravin profond et sinueux, bordé de chaque coté d'un tissu fibro-musculaire d'épaisseur variable*.

M. Cathala a eu l'extrême obligeance de me faire parvenir le compte rendu opératoire de la deuxième hystérotomie dont voici les points importants : incision sur l'ancienne cicatrice qui présente une minceur véritable ; adhérences de l'épiploon à la paroi et à l'utérus ; libération partielle des adhérences ; incision de l'utérus en situ ; extériorisation de l'utérus après la sortie de l'enfant.

Suture de l'utérus en deux plans : 1° *points séparés au catgut* prenant toute l'épaisseur de la paroi (y compris la muqueuse) ; 2° *surjet séro-musculaire* recouvrant le premier plan.

Réintégration de l'utérus. Suture de la paroi : 1° surjet péritonéal au catgut ; 2° crins pour les muscles et la peau.

Parmi les causes qui ont entraîné la mort si rapide de cette opérée, il est soutenable d'attribuer une part, difficile à apprécier, au shock opératoire ou à la narcose anesthésique. Il nous paraît cependant certain que l'hémorragie provoquée par la déficience d'un organe sérieusement altéré a dû jouer un rôle important. Aussi convient-il sans doute de regretter d'avoir préféré la stérilisation par ligature et section des trompes à la castration par hystérectomie qui eût écarté le danger de l'inertie.

III. — RACHI-ANESTHÉSIE

Contribution à l'étude de la rachi-anesthésie dans la pratique obstétricale, thèse CHAVENT (45).

Dans la très intéressante thèse de Chavent (Lyon, 1929), ma modeste contribution est représentée par l'apport de trois observations inédites, de pratique hospitalière, concernant l'emploi de la rachi-anesthésie par le procédé de Delmas.

Le premier cas (obs. III) concerne une primipare de trente ans, adressée à la Clinique obstétricale, avec le diagnostic de présentation du siège. Cette gestante présente en outre une particularité curieuse décrite sous le nom d'*allongement œdémateux du col*. Cette anomalie apparue vers la fin de la gestation siège uniquement sur la lèvre antérieure du col, dont l'extrémité s'aperçoit à l'orifice vulvaire.

Au voisinage de la dilatation complète, les membranes étant rompues depuis vingt-quatre heures, je pratique l'abaissement du pied antérieur (il s'agit d'un siège décomplété mode des fesses) et j'attends, prêt à intervenir à la moindre alerte. Celle-ci s'annonce, trois heures après, par des signes manifestes de souffrance du fœtus.

Rachi-anesthésie avec 8 centigrammes de néocaïne. — L'observation porte : anesthésie excellente au bout de dix minutes. Extraction du siège facile. On note la facilité donnée aux manœuvres d'abaissement des bras (méthode de Deventer) par l'extrême relâchement des parties molles maternelles.

Suites excellentes pour la mère et l'enfant.

Le deuxième cas (obs. IV) est celui d'une primipare âgée, porteur d'une sténose vulvo-vaginale par persistance et rigidité de l'hymen. Le fœtus, volumineux, est en présentation du siège.

Après quarante-huit heures de travail laborieux et irrégulier, on se rend compte en franchissant avec un doigt le rétrécissement

hyménéal que la dilatation est complète. Pour intervenir, la rachi-anesthésie s'avère indispensable à cause de l'étroitesse redoutable du détroit vulvaire.

Rachi-anesthésie avec 8 centigrammes de néocaïne. — On lit dans l'observation : anesthésie excellente au bout de dix minutes. Les parties molles sont tout à fait relâchées. L'extraction du siège se fait d'abord sans difficultés. Celles-ci apparaissent au moment de l'abaissement des bras, relevés verticalement du côté de l'occiput. Les manœuvres d'abaissement contribuent à défléchir la tête et à faire tourner le menton en avant. Elles n'ont abouti qu'après des tentatives répétées et prolongées. La bouche du fœtus n'étant pas accessible, l'extraction de la tête dernière est demandée au forceps.

Le dégagement se fait ventre sur ventre.

L'enfant du poids de 4 kil. 130 ne peut être ranimé.

Suites simples pour la mère.

Le troisième cas (obs. X) se rapporte à une primipare âgée, porteur d'un bassin aplati et généralement rétréci de 8,5 de diamètre utile. Elle entre à la Clinique obstétricale à huit mois de gestation après rupture des membranes. Devant la menace d'une infection amniotique au cours d'un travail laborieux (temp. 38°4) on se décide à terminer l'accouchement.

Rachi-anesthésie avec 10 centigrammes de scurocaïne. — Le col, épais, résistant, perméable à deux doigts, est porté facilement à dilatation complète. Application de forceps difficile. Les battements du cœur n'étant plus perçus, on termine par une crâniotomie. Suites simples pour la mère.

Dans ces trois observations, la dystocie relevait de difficultés associées :

a) Présentation du siège décomplété mode des fesses et primiparité ;

b) Présentation du siège décomplété mode des fesses, primiparité, gros enfant, sténose vulvo-vaginale ;

c) Rétrécissement du bassin et rigidité du col.

Utilisée dans chacun de ces cas sans incident, l'anesthésie rachidienne a rempli le rôle qu'on attendait d'elle, en procurant une analgésie parfaite ainsi qu'un assouplissement total du canal cervico-vagino-vulvaire.

PATHOLOGIE DU FŒTUS

I. — MALFORMATIONS ET MONSTRUOSITÉS

Malformations fœtales par brides et replis amniotiques (30).

J'ai décrit plus haut sous le titre « Oligo-Amnios », dans le chapitre *Gestation normale et pathologique*, les lésions qu'avaient produites, dans le même cas, la présence de brides et replis amniotiques ainsi que les déformations de certaines parties fœtales liées à l'insuffisance du liquide intra-ovulaire.

Je n'y reviendrai pas.

Présentation d'un fœtus achondroplase (48).

Il s'agissait d'un fœtus macéré achondroplase chez lequel la brièveté des membres était telle que le diagnostic de phocomélie avait d'abord été porté. La radiographie de la pièce rectifia ce diagnostic en montrant la réalité de la micromélie, étendue aux trois segments des membres thoraciques et pelviens, mais à prédominance nettement rhyzomélique.

Entre autres stigmates de cette malformation osseuse si caractéristique, le fœtus était porteur d'une macrocéphalie tellement accentuée que, au cours de l'accouchement qui nécessita la crâniotomie sur tête dernière, l'hypothèse d'une hydrocéphalie concomitante vînt à l'esprit. Ce n'est qu'après avoir perforé le crâne que, devant l'issue de matière cérébrale sans liquide céphalo-rachidien, cette hypothèse fut abandonnée.

Anencéphalie et syphilis (32).

Si la coexistence de l'hydramnios et de l'anencéphalie est un fait d'observation souvent souligné (6 fois sur 9 pour Rhenter), il n'est pas fréquent, semble-t-il, de pouvoir établir indiscutablement les preuves de l'étiologie syphilitique dont relèvent certains cas de malformations céphaliques congénitales.

Une secondigeste, ayant dans son passé obstétrical un avortement de deux mois et demi, est vue au terme de sa seconde grossesse avec une hydramnios typique. Le ballottement fœtal est difficilement perçu ; les B. C. sont positifs.

Une radiographie fait apparaître l'ombre floue d'un seul fœtus, de petit volume, sans qu'on puisse identifier une malformation par l'examen du contour fœtal.

Le fœtus succombe quelques jours avant le déclanchement, à terme, des contractions du travail. Celui-ci se déroule sans incident et, après l'évacuation de 2.600 grammes de liquide amniotique rosé, se termine par l'expulsion d'un anencéphale de 3.010 grammes légèrement macéré.

L'autopsie révèle les particularités suivantes :

Foie et rate de poids normal ; *thymus très hypertrophié, atteignant 26 grammes; capsules surrénales très atrophiées, à peine isolables.*

L'examen du suc hépatique par le procédé de Fontana-Tribondeau décèle *la présence du spirochète*, malgré l'absence d'hypertrophie du foie.

La réaction de Bordet-Wassermann *est positive dans le sang du cordon et dans le sang maternel.*

Ce faisceau de preuves convaincantes désignait ainsi la syphilis à l'origine de la grossesse pathologique et de la malformation fœtale. Quant à l'atrophie des capsules surrénales, elle se rattachait à l'existence de la monstruosité anencéphalique (Commandeur *in* thèse Rohmer, Lyon, 1923).

Autrefois Fournier enseignait que, lorsqu'une syphilis ancienne atteint le produit de conception, elle le frappe presque toujours à la tête. Ce cas d'anencéphalie confirme indiscutablement cette opinion.

II. — MORT HABITUELLE DU FŒTUS

Mort habituelle du fœtus. Accouchement prématuré provoqué. Enfant vivant (39).

La mort du fœtus *in utero* à une époque déterminée de la gestation, toujours la même chez une même femme, avait attiré l'attention des anciens auteurs, qui nous en ont laissé des relations cliniques très précises. On invoquait autrefois, à l'origine de ces cas curieux, l'anémie maternelle, la tuberculose, la néphrite, l'hérédité. En 1900, à propos de deux cas observés personnellement, Fabre mit en cause, dans la genèse des accidents, une lésion de l'œuf caractérisée par des *signes de destruction et d'altération des cellules déciduales.* Ces lésions se reproduisaient à chaque grossesse et aboutissaient invariablement à l'obitus fœtal du fait des altérations progressives du placenta maternel et de a toxémie créée par la résorption de la sécrétion déciduale. L'accouchement prématuré artificiel s'imposait dès lors dans tous les cas, avant l'époque habituelle et connue de la mort du fœtus.

Actuellement on s'accorde pour attribuer à la syphilis maternelle le plus grand nombre des cas de mort habituelle du fœtus et pour faire remonter à la même source l'albuminurie concomitante, transitoire et légère qui fait rarement défaut.

Le cas que j'ai observé ne semble pas devoir être rangé dans ce cadre, mais relever plutôt d'une albuminurie récidivante de la grossesse, liée étroitement à celle-ci, et responsable à la fois des altérations placentaires et de la mort du fœtus.

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, enceinte pour la troisième fois, chez laquelle les deux grossesses précédentes furent interrompues par l'expulsion prématurée, à sept mois trois quarts et huit mois, d'*enfants morts in utero.* L'albuminurie fut notée respectivement à sept mois et six mois et demi de gestation.

Cette malade est hospitalisée au septième mois de sa troisième grossesse. *Il y a des traces d'albumine.* Bien que notre dessein soit de faire naître l'enfant avant la période qui, dans les gros-

sesses précédentes, est marquée par la mort du fœtus, nous jugeons le moment encore inopportun, car le faible volume de l'enfant nous fait douter de la viabilité certaine.

La réaction de Wassermann dans le sang maternel est négative.

Quatre semaines de surveillance attentive s'écoulent pendant lesquelles le repos absolu et le régime sévère entraînent la disparition de l'albuminurie. Celle-ci réapparaît, sans cause appréciable, à huit mois et demi de gestation. Cette fois, nous n'hésitons plus à interrompre la grossesse. A la suite de l'introduction d'une bougie de Krause, le travail se déclare et, neuf heures après, naît spontanément un enfant vivant de 2.500 grammes.

Le placenta du poids de 420 grammes présente des altérations très étendues. Un tiers environ de la surface cotylédonnaire revêt l'aspect d'une *zone amincie, sèche, de consistance scléreuse*, certainement impropre aux échanges. Les deux tiers restants sont parsemés *d'infarctus blancs* et, au centre, se voit une *cupule de décollement prématuré* du volume d'une noix et renfermant un caillot.

En somme les lésions dégénératives et hémorragiques du placenta sont telles qu'on a peine à croire qu'un fœtus ait pu vivre et se développer aux dépens d'un organe aussi altéré.

Malgré son faible poids, l'enfant qui ne présente aucun stigmate d'hérédo-syphilis se développe d'une façon très satisfaisante, bien qu'il soit privé de l'allaitement maternel. A trois mois, les nouvelles que je reçus de lui étaient excellentes.

L'albuminurie maternelle avait totalement disparu depuis l'accouchement.

PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ

I. — HÉMORRAGIES

Présentation de coupes microscopiques d'une ulcération gastrique congénitale (6)

Chez un nouveau-né mort quarante-huit heures après sa naissance d'hématémèse et de melœna incoercibles, l'autopsie révéla l'existence d'un ulcère *unique*, arrondi et régulier, siégeant sur la grande courbure de l'estomac au niveau de la grosse tubérosité.

La perte de substance mesurait 2 millimètres et demi de diamètre avec des bords taillés à pic et légèrement surélevés.

Voici l'interprétation de l'image histologique suivante représentant une des coupes pratiquées au niveau de l'ulcération :

Sur toute l'étendue de la perte de substance l'élément glandulaire a complètement disparu. Tout le revêtement superficiel cesse ainsi que la *muscularis mucosæ* qui est elle-même détruite.

Le fond de l'ulcère repose sur le tissu cellulaire de la sous-muqueuse infiltré de très nombreuses cellules inflammatoires, surtout abondantes dans la portion périphérique, plus rares dans la zone centrale.

L'ulcération de deux vaisseaux a été en quelque sorte surprise par la coupe représentée ici *On voit, en effet, béants au fond du cratère deux gros vaisseaux dont les lumières sont en partie oblitérées par un caillot très nettement reconnaissable.*

Enfin, à la périphérie de l'ulcère, la portion glandulaire est

fortement congestionnée et présente de nombreux globules rouges.

Cette enquête histologique à la source de l'hémorragie explique aisément l'impuissance du traitement. Elle est malheureusement incapable d'éclairer la pathogénie des lésions. Il semble toutefois qu'il faille accepter l'hypothèse d'une lésion artérielle préexistante à l'ulcère dont l'origine reste malgré tout indéterminée.

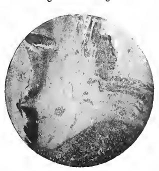


Fig. 20. — Coupe d'ulcus gastrique congénital.
A droite, bordure correspondant à la région ulcérée avec deux perforations renfermant chacune un caillot.
En haut, couche des glandes normale et *muscularis mucosae* cessant brusquement à la limite de l'ulcus.
A gauche, muscle gastrique.
Au centre, tissu cellulaire légèrement infiltré de cellules rondes.

Hémorragie méningée du nouveau-né après accouchement spontané dans un bassin rétréci (31).

Sans être absolument rares, les observations d'hémorragies méningées du nouveau-né à la suite d'accouchements spontanés offrent toujours un intérêt de premier plan à cause du problème pathogénique qu'elles soulèvent.

Le cas que j'ai présenté avec M. Trillat est également curieux par la symptomatologie inaccoutumée qui a révélé et traduit l'accident méningé.

Une primipare de vingt-neuf ans est examinée à la Clinique obstétricale dans les derniers temps de sa grossesse. Elle est porteur d'un bassin aplati et généralement rétréci de 8 cm. 5 de diamètre utile. On décide d'attendre l'épreuve du travail pour prendre une détermination thérapeutique.

Le travail survenu au voisinage du terme se déroule d'une façon régulière et s'accompagne de contractions extrêmement fortes grâce auxquelles la tête fœtale s'accommode au détroit supérieur, puis descend dans l'excavation. L'accouchement a lieu bientôt, qui met au monde, *après sept heures de travail*, un enfant de 3.260 grammes un peu étonné.

Le lendemain, l'enfant pousse des petits cris plaintifs et refuse le sein.

Le surlendemain s'établit *un état de somnolence* qui empêche toute nourriture. Les mouvements de déglutition étant abolis, on pratique l'alimentation à la sonde. L'absence de cyanose, de raideurs, de convulsions, de tension de la grande fontanelle, d'élévation ou d'abaissement thermique est notée et semble d'autant plus paradoxale que l'hypothèse d'une hémorragie méningée apparaît comme à peu près certaine. La ponction lombaire vient lever tous les doutes en ramenant quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien nettement ambré. Cette décompression cérébro-spinale est suivie d'une légère amélioration : les mouvements de déglutition apparaissent et l'enfant devient capable d'absorber du lait maternel à la cuillère. En même temps est apparu un petit *céphalématome* du volume d'une noisette au niveau d'un pariétal.

Après une nouvelle ponction lombaire de 5 centimètres cubes qui ramène encore un liquide ambré dans lequel la présence des hématies est reconnue, l'amélioration devient progressive et rapide. La somnolence disparaît tout à fait et l'enfant peut s'alimenter directement au sein de sa mère.

Dans la suite il s'est développé d'une façon très satisfaisante.

En résumé, la symptomatologie de ce cas d'hémorragie méningée est demeurée fruste pendant toute l'évolution clinique, et, en dehors de la présence du sang révélée par la ponction lombaire, s'est limitée à un état de somnolence, *véritable léthargie*, dont la persistance eût été funeste du fait des insurmontables difficultés d'allaitement qu'il suscitait.

Quant à la cause de cet épanchement sanguin sous-arachnoïdien elle apparaît nettement traumatique. L'accouchement rapide dans un bassin rétréci, la coexistence d'un céphalématome, la guérison rapide et complète, sans séquelles, engagent fortement à adopter une pareille étiologie en écartant, semble-t-il, toute intervention d'une tare héréditaire qu'aucun signe n'est venu révéler.

Hémopéricarde consécutif à une injection d'adrénaline intra-cardiaque chez un nouveau-né (44).

L'observation que j'ai présentée avec MM. Voron et Chavent met en évidence les dangers possibles de l'injection d'adrénaline intra-cardiaque chez le nouveau-né. Si, chez l'adulte, Toupet, à la Société de Chirurgie de Paris, en 1926, a relaté de très bons résultats et ne semble pas redouter la blessure possible des vaisseaux du cœur, la littérature obstétricale n'enregistre qu'un succès probant de Garipuy et Mériel *(Presse Médicale,* 1926), et un succès temporaire de Le Lorier.

L'histoire suivante ne semble pas encourager la mise en œuvre d'une telle pratique dans le traitement habituel des états de mort apparente du nouveau-né.

Après une extraction par les pieds ayant nécessité lors du dégagement de la tête dernière le secours de la manœuvre de Champetier, un enfant du poids de 3.150 grammes naît, inanimé.

Les battements du cœur sont faibles et irréguliers. Le rythme respiratoire ne parvient pas à s'établir.

Après des tentatives diverses pour ranimer l'enfant, on pratique, en dernier espoir, trois injections intra-cardiaques de 1 centimètre cube d'adrénaline au millième.

L'enfant finit par succomber deux heures après sa naissance.

L'autopsie révèle :

1° Une hémorragie méningée surtout marquée au niveau de l'étage postérieur du crâne, sous la tente du cervelet;

2° Un hémopéricarde abondant, en relation avec une piqûre des vaisseaux coronaires antérieurs. On retrouve les traces des trois passages successifs de l'aiguille. Deux n'apparaissent que sous la forme d'un léger point hémorragique sur la face antérieure

du ventricule gauche. *La troisième a intéressé les vaisseaux coronaires ;* l'épanchement sanguin intra-péricardique ne reconnaît que cette source, les vaisseaux mammaires internes étant reconnus indemnes.

Des omphalorragies graves tardives chez le nouveau-né, thèse Savy (46).

L'auteur a fondé son travail sur neuf observations récentes et non choisies d'hémorragies ombilicales tardives du nouveau-né. Huit fois l'enfant succomba malgré un traitement local actif. Un seul enfant fut sauvé. Cette unique survie concernait le huitième enfant d'une femme ayant antérieurement vu mourir trois de ses nouveau-nés d'hémorragie ombilicale incoercible au douzième jour. Un traitement spécifique, ioduré et mercuriel, pratiqué au cours de la huitième grossesse n'empêcha pas l'omphalorragie de se produire pour la quatrième fois, mais il conjura le danger mortel (obs. Laurentie).

J'ai fait développer, dans ce travail, deux points principaux :

1° Le traitement prophylactique ou causal qui s'appuie sur la notion solidement établie de l'origine syphilitique des omphalorragies tardives du nouveau-né.

2° Le traitement local qui exige presque toujours l'incision chirurgicale pour ligaturer profondément, sous le péritoine, les vaisseaux du pédicule ombilical.

Ce traitement local, s'il assure l'hémostase des vaisseaux précités, ne garantit pas le succès vital, car bien souvent l'effusion hémorragique se reproduit, par la suite, en d'autres points de l'organisme. Dans un cas de Commandeur, après ligature sous-péritonéale et séparée des artères et de la veine ombilicales, l'enfant mourut d'une hémorragie diffuse, développée au niveau de la tranche cutanée de section opératoire.

A la base de ces hémorragies graves qu'aucune lésion locale, apparente, n'explique, il faut incriminer une altération profonde du sang et des vaisseaux qui relève sans conteste de la spécificité.

II. — INFECTION

Méningite à bacilles pyocyaniques chez un nouveau-né (35).

Le cas que j'ai rapporté avec M. Pigeand est à la fois rare et curieux.

Une femme atteinte d'*infection amniotique* consécutive à la rupture prématurée des membranes accouche à la Clinique obstétricale d'un enfant vivant de 2.600 grammes. L'expulsion de l'enfant est immédiatement suivie de l'écoulement d'eaux fétides et boueuses.

Le quatrième jour, le nouveau-né présente de la cyanose et des crises convulsives. La ponction lombaire ramène, au lieu d'un liquide hémorragique que l'on s'attendait à recueillir, quelques centimètres cubes de liquide franchement purulent.

Les jours suivants les crises se répètent et les ponctions rachidiennes continuent à donner du liquide purulent. Plusieurs essais de culture demeurent infructueux. La maladie évolue par étapes sans grand fracas, l'enfant continuant à têter dans l'intervalle des crises, lorsqu'apparaît une *hydrocéphalie* typique.

La culture du liquide séro-purulent retiré après ponction des ventricules met nettement en cause le bacille pyocyanique (réponse de l'Institut Pasteur).

Le petit malade ayant finalement succombé le trente-septième jour, l'autopsie montra les ventricules dilatés par une quantité considérable de liquide louche. Cerveau, bulbe et cervelet sont tapissés par des fausses membranes et baignent dans le pus.

De toutes les complications infectieuses du nouveau-né relevant de l'infection amniotique, la méningite suppurée est la plus rarement observée. La présence du bacille pyocyanique émigré de la cavité amniotique dans le liquide céphalo-rachidien du nouveau-né apporte à cette histoire clinique un élément supplémentaire de curiosité.

ALLAITEMENT ET PUÉRICULTURE

Dilatation des bronches et allaitement (13).

C'est l'histoire d'une accouchée atteinte d'ectasie bronchique à symptomatologie bruyante chez laquelle l'hypothèse d'une tuberculose pulmonaire évolutive fut écartée à la suite de l'examen bactériologique de l'expectoration. Cette recherche imposée par le devoir de protéger l'enfant se révèla absolument négative. Le corollaire fut l'autorisation de l'allaitement maternel dont le nouveau-né ne pouvait que bénéficier.

Je ne ferai que relater les points principaux de cette observation.

La malade qui en fait l'objet a des antécédents personnels chargés : de 6 à 8 ans, elle fait des séjours prolongés à la Charité pour bronchite diffuse et adénopathie trachéo-bronchique. Depuis cette époque jusqu'à son entrée à la Clinique obstétricale, elle a toussé tous les hivers et expectore abondamment. Son état général n'a jamais été ébranlé. Elle accouche à terme d'un enfant vigoureux et, quelques jours après, les signes pulmonaires stéthacoustiques sont tellement accusés que, malgré l'élévation minime de la température, l'idée d'une tuberculose à marche rapide vient à l'esprit.

On note en effet : toux fréquente, pénible, avec crachats mucopurulents; des deux côtés, sommets relativement libres, mais, à partir de la ligne épineuse jusqu'à la base, nombreux râles nettement muqueux et parfois gargouillants.

Tous ces symptômes contrastent singulièrement avec la conservation de l'état général.

La radioscopie montre des champs pulmonaires clairs sur toute leur étendue avec peut-être une légère grisaille au sommet droit.

En concordance complète avec les résultats radiologiques, *la*

recherche du bacille de Koch dans l'expectoration, après homogénéisation, est absolument négative.

Nous voulons surtout mettre en relief les conséquences qui s'imposèrent du fait de la non-contagiosité des lésions pulmonaires au point de vue de l'allaitement. Autorisée à nourrir son enfant au sein, cette malade se révéla excellente nourrice et eut la joie de voir prospérer son nourrisson d'une façon très satisfaisante.

Nous sûmes plus tard que sa santé n'avait nullement été ébranlée par les fatigues de l'allaitement.

Le développement des prématurés dans les services hospitaliers d'obstétrique pendant les deux premières semaines, thèse Kolocotronis (40).

J'ai fait rassembler 1.200 observations de prématurés nés dans les Maternités hospitalières de Lyon afin d'étudier le pourcentage de mortalité dans les deux premières semaines, ses causes et celles qui ont paru entraîner la prématuration.

Suivant le poids de naissance, les chiffres suivants indiquant la mortalité globale ont pu être établis :

De 2.500 à 3.000 grammes :	mortalité. . .	3,78 %
2.000 à 2.500 —	— . . .	12 %
1.700 à 2.000 —	— . .	21,9 %
1.400 à 1.700 —	— . . .	38 %
Au dessous de 1.400 grammes :	— . . .	84 %

Les causes principales de mort des prématurés ont été, par ordre de fréquence décroissante :

Syphilis	33,57 %
Causes inconnues	21,43 %
Grossesse gémellaire	8,57 %
Rupture prématurée des membranes . .	7,85 %
Placenta vicieusement inséré	7,85 %
Maladies aiguës	7,85 %
Albuminurie	7,14 %
Tuberculose.	5,71 %

La syphilis est, par conséquent, la cause de beaucoup la plus fréquente de la mort des prématurés, puisqu'elle est responsable du tiers des décès.

Ces faits soulignent l'importance capitale des consultations prénatales qui permettent, dans un grand nombre de cas, de dépister les maladies maternelles ou les anomalies de la gestation susceptibles de retentir sur le fœtus et de diriger contre elles un traitement précoce, énergique et adéquat.

TABLE